

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933-1934

N°

THÈSE **437**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Raymond ROYER

INTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

né le 5 septembre 1905, à Saint-Dizier (Haute-Marne)

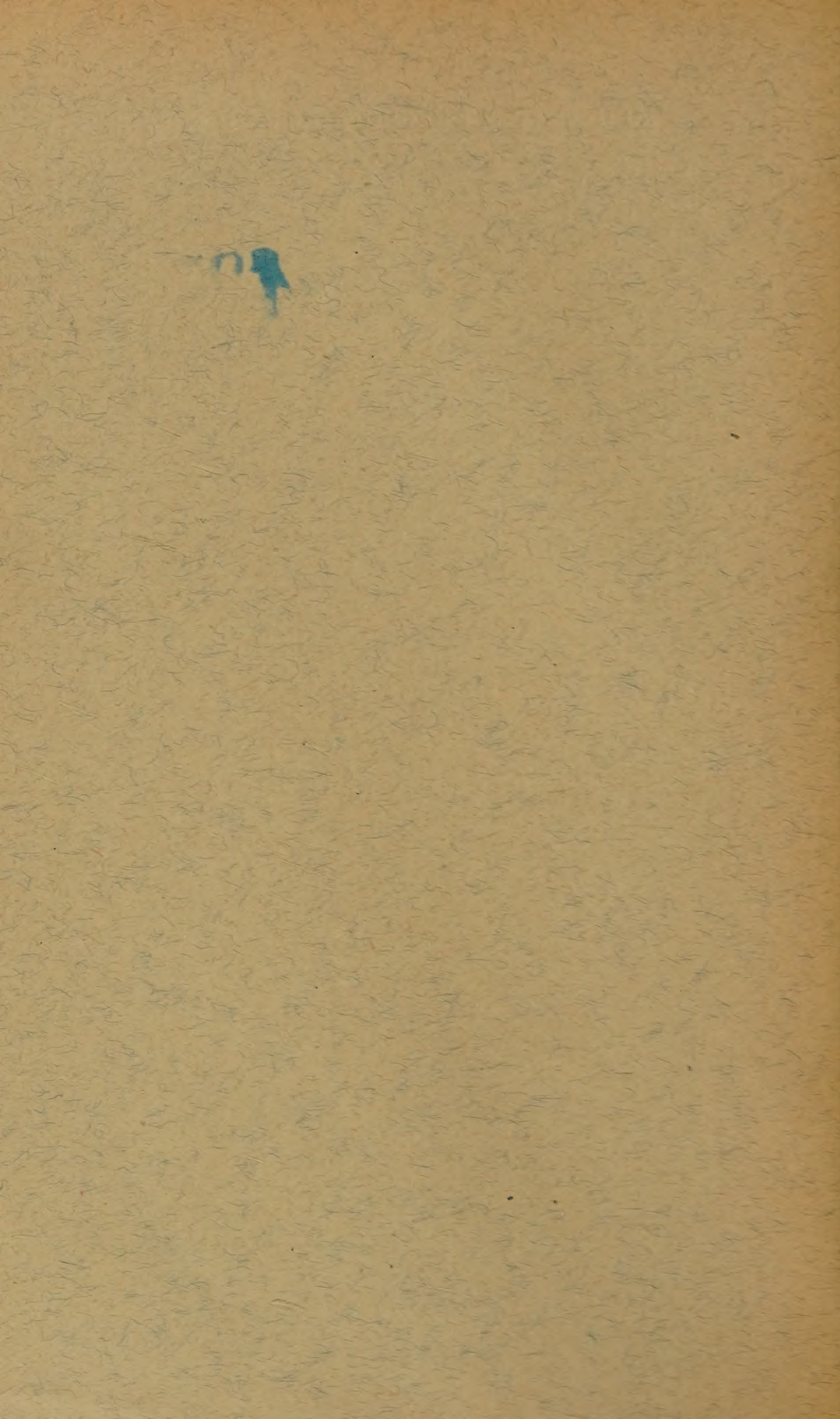
LES ENDOMÉTRIOMES DE L'OMBILIC

Président : M. le Professeur LENORMANT

SAINT-DIZIER

ÉTABLISSEMENTS ANDRÉ BRULLIARD

—
1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933-1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Raymond ROYER

INTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

né le 5 septembre 1905, à Saint-Dizier (Haute-Marne)

LES ENDOMÉTRIOMES DE L'OMBILIC

Président : M. le Professeur LENORMANT

SAINT-DIZIER

ÉTABLISSEMENTS ANDRÉ BRULLIARD

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ ACHARD.
	{ BEZANÇON.
	{ CARNOT.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	{ CUNÉO.
Clinique chirurgicale	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	{ BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	{ HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	BÉNARD (Henri).
Pathologie médicale	Etienne BERNARD.
Pathologie médicale	BOULIN.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	Henri LABBÉ.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale	Guy LAROCHE.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LÉVY.
Neurologie et Psychiâtrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	SÉNÈQUE.
Dermatologie et syphillographie	SÉZARY.
Pathologie expérimentale	TROISIEN.
Pathologie médicale	TURPIN.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT (Pasteur).
Ophtalmologie	WELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT
AUBERTIN		LE LORIER
BRULE		LÉVY-SOLAL
CHIRAY		METZGER
DUVOIR		
HARVIER		
LIAN		
BASSET	} Clinique chirurgicale.	
CADENAT		
HEITZ-BOYER		
MOCQUOT		
MOÛRE		
SCHWARTZ		

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les notions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Docteur PIERRE ROYER

dont l'exemple demeurera pour moi
la grande règle de vie professionnelle.

A MA MÈRE

en témoignage de profonde affection.

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE JEAN FABRE

tombé glorieusement le 6 février, place
de la Concorde.

A M. LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur GÉNÉVRIER

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph

*Son affectueuse protection a été le
plus sûr appui de mes études médicales.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de ma profonde reconnaissance
et de mon respectueux attachement.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur LEURET
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

*Son enseignement est de ceux qui
développent le plus la formation chirurgi-
cale.*

*En témoignage de reconnaissance,
d'admiration et de respect.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur LAURENCE
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

*En témoignage de profonde grati-
tude pour ses affectueux conseils et
enseignement.*

*Qu'il veuille bien croire à toute
notre reconnaissance pour la cons-
tante bienveillance qu'il nous a té-
moignée.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur LANOS
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

qui m'a inspiré cette thèse.

*En témoignage de reconnaissance,
de respectueux attachement, et d'admiration
pour sa maîtrise opératoire et
la rigueur de son enseignement.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur VILLANDRE
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

*Par son enseignement, il a établi
les bases de ma formation chirurgicale.*

*Qu'il trouve ici le témoignage de
mon admiration et de ma gratitude.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur BARBET
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

*en reconnaissance de son précieux
enseignement.*

A Monsieur le Docteur THEILLIER
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

en témoignage de reconnaissance.

A Monsieur le Docteur OBERLING
Agrége d'anatomie pathologique

qui m'a guidé dans ce travail.

A Monsieur le Docteur BUSSER
Chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Joseph

*dont l'aide a été si bienveillante dans
la rédaction de ce travail.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

M. le Docteur DE MASSARY

EXTERNAT

M. le Docteur AUCLAIR (*in memoriam*)

M. le Docteur RICHE

M. le Docteur GUY-LAROCHE

M. le Docteur GARNIER

M. le Docteur LORTAT-JACOB (*in memoriam*)

M. le Docteur DEVRAIGNE

A M. le Docteur PLESSIER

INTRODUCTION

Le problème des endométrïomes devient chaque année plus actuel. Il n'est plus réservé aux débats des histologistes. Son étude est passée dans le domaine clinique. Il n'est pas de mois qu'une Revue ne signale quelque nouveau cas d'endométrïome ou ne se fasse l'écho de quelque discussion pathogénique à leur sujet.

Dans ce chapitre maintenant si vaste, nous avons choisi l'étude d'un petit paragraphe : les endométrïomes de l'ombilic. Mais à lui seul ce paragraphe éclaire tout le contexte, et permet de comprendre la pathogénie si controversée de ces tumeurs.

Cullen le premier posa nettement le problème des endométrïomes de l'ombilic. Lauche, dans un article très détaillé paru en 1923 dans le *Virchow's Archives*, en réunit les vingt premières observations. Jayle et Oberling, en France, firent de ces tumeurs une étude définitive.

DÉFINITION.

Nous rappellerons brièvement la nature des endométrïomes en général.

Ce sont des tumeurs appartenant en propre au sexe féminin, de nature bénigne bien qu'assez infiltrante. Leur caractéristique est donnée par une commune structure histologique. Les endométriomes sont formés d'un *ensemble épithélio-conjonctif* rappelant en tout point la muqueuse utérine. Ce sont donc des *tumeurs organoïdes*.

L'élément épithélial se retrouve sous forme de tubes constitués d'un épithélium cylindrique semblable à celui de la muqueuse utérine.

L'élément conjonctif double ces tubes. Il forme le tissu cytogène, dont l'analogie est frappante avec le chorion de la muqueuse utérine. Souvent s'ajoute un élément musculaire, représenté par des fibres musculaires lisses.

A cette unité de structure s'ajoute un caractère clinique commun : la tendance qu'affectent ces tumeurs à infiltrer les tissus voisins, une imprécision dans leurs limites et leurs contours.

LOCALISATION.

Ainsi constitués, les endométriomes affectent des localisations très variables. Le plus souvent ils occupent la sphère génitale :

L'utérus, où ils simulent fibrome ou myome. —

Ovaires ou trompes, où ils revêtent plus spécialement l'aspect kystique.

Mais ils peuvent se localiser à toute autre partie de l'étage sous-ombilical : cul-de-sac de Douglas, appendice, côlon sigmoïde ou rectum. Il n'est pas

de point du péritoine sous-ombilical où ils ne puissent apparaître : cicatrice de laparotomie, ligaments ronds, enfin et surtout l'*ombilic*.

C'est là un des sièges de prédilection. Nulle part, l'endométriome ne présente un aspect plus typique, un diagnostic aussi aisé, un traitement aussi simple.

ASPECT CLINIQUE

La localisation ombilicale reste, malgré tout, un fait assez rare. Parmi les quelques centaines de cas d'endométriomes signalés jusqu'à présent, nous avons pu relever dans la littérature *une quarantaine de cas d'endométriomes de l'ombilic*.

Ils surviennent chez la femme à l'âge adulte entre 30 et 50 ans, en période d'activité génitale. Jamais nous ne les avons vus signalés avant 30 ans. Sur les 39 cas relevés, deux fois ils survinrent après 50 ans.

Le signe majeur de l'endométriome de l'ombilic est l'apparition d'une tumeur de l'importance d'une cerise environ au niveau de l'ombilic. Sur ce point, toutes les observations semblent calquées les unes sur les autres.

La malade vient consulter pour une tuméfaction de date récente : tuméfaction occupant la fossette ombilicale, recouverte d'une mince pelli-cule cutanée, plus ou moins transparente, semblant se teinter par transparence d'une légère coloration rougeâtre. Parfois la peau prend à ce niveau un aspect rugueux, plissé, papillomateux.

Le fait véritablement unique est la *participation de cette tumeur au cycle menstruel*.

A chaque période menstruelle, celle-ci se gonfle, se tend, devient le siège de violentes *douleurs*. La peau prend un aspect bleuâtre congestif. Et dans nombre de cas, un *suintement sanguin apparaît*.

De ces deux symptômes : douleur et écoulement de sang par l'ombilic, le plus constant est la douleur. Elle précède souvent de quelques jours la période menstruelle. Dans aucun cas, elle ne fait défaut. Son paroxysme survient au début des règles. Puis tout rentre dans l'ordre.

Le suintement sanguin, s'il entraîne la certitude, est par contre loin d'être la règle. Nous n'avons relevé son existence que 13 fois sur les 39 cas signalés. Bien souvent il se résume à un léger suintement de sang poisseux, noirâtre, se faisant par un ou deux petits pertuis très difficiles à mettre en évidence. Parfois il est abondant, et dans un cas de Brown (Obs. XXVIII) il donnait lieu à de véritables hémorragies. Cet écoulement sanglant cesse avec les règles, pour réapparaître à la période menstruelle suivante. Entre temps peut persister un léger suintement de liquide séreux. Cette sécrétion, au niveau de la fossette ombilicale, peut entretenir des poussées d'infection et d'eczématisation secondaires, si fréquentes à l'ombilic.

En résumé, tuméfaction, douleur et écoulement sanguinolent par l'ombilic constituent toute la symptomatologie des endométrïomes.

Il n'est pas rare de noter la coexistence d'un

endométriome et d'une hernie ombilicale. Dans les observations IV, XVII et XXIX, nous avons relevé l'existence d'une fossette para-ombilicale, vestige d'un diverticule péritonéal. Nous verrons plus loin quelles conclusions pathogéniques ces faits ont inspirées.

RECHERCHE DES ANTÉCÉDENTS.

L'étude clinique des endométriomes de l'ombilic doit toujours être accompagnée de l'étude des antécédents.

On relève avec une notable fréquence l'existence des troubles génitaux : irrégularité, douleur à la menstruation, stérilité assez fréquente.

Lorsque ces troubles sont évidents, ils doivent inciter à la recherche d'autres formations endométrioides dans la sphère génitale, lors de la cure de l'endométriome ombilical.

La laparotomie exploratrice a pu ainsi révéler quatre fois (Obs. XXVI, XXVII, XXVIII et XXX) des localisations génitales et extra-génitales. Dans un cas de Baltzer (Obs. XXX) il existait une formation endométrioides typique sur le sigmoïde. Dans un autre cas du même auteur (Obs. XXVII), il existait un endométriome localisé à la terminaison du grêle et une deuxième formation de même nature sur l'appendice. L'observation XXVI, de Schiffmann et Seyfert, rapporte le cas d'un endométriome ombilical coexistant avec un endométriome de l'ovaire. Les auteurs, devant cette

coexistence d'une tumeur ombilicale et d'une masse annexielle chez une femme amaigrie, pensèrent tout d'abord à une tumeur maligne de l'ovaire avec métastase ombilicale. Une biopsie permit de poser le véritable diagnostic, en précisant la nature endométriale de la tumeur de l'ombilic.

II

EXAMEN HISTOLOGIQUE

C'est, en effet, l'examen histologique qui constitue l'élément essentiel du diagnostic des endométriomes de l'ombilic.

Ceux-ci forment des *tumeurs organoïdes* et se développent dans l'hypoderme de la cicatrice ombilicale.

Ils reproduisent en tous points la muqueuse utérine, en constituent l'image exacte avec les tubes épithéliaux, le tissu cytogène.

A vrai dire, au lieu de tumeur, on devrait plutôt parler d'infiltration tumorale. Car, à l'instar de tous les endométriomes, ceux de l'ombilic ne présentent pas de limites précises, et malgré leur nature bénigne ne sont pas encapsulés et tendent à infiltrer les tissus voisins.

Au fort grossissement l'examen microscopique révèle des tubes constitués d'un épithélium du type cylindrique, simple, souvent cilié. Les cellules sont hautes, minces, tassées les unes contre les autres. Leur protoplasma est faiblement acido-phile. Elles possèdent un noyau basal, souvent un pinceau de cils avec corpuscules basilaires.

Ce sont là, réunis au maximum, les caractères de l'épithélium des endométrïomes. Mais sur ce type se font de nombreuses variations. Lorsque les tubes se dilatent ou deviennent microkystiques, les cellules épithéliales s'aplatissent et dans les cavités kystiques elles prennent le caractère cubique.

En outre les tubes affectent des formes diverses. Ils peuvent être droits ou sinueux. Souvent ils se divisent en 3 ou 4 branches, parfois ils prennent la disposition en peigne ou le type arborescent. Certains possèdent des dilatations localisées ampullaires, des aspects de pseudo-glomérules. Et ces divers aspects rappellent parfois l'image des canaux des reins primitifs. D'autres forment de véritables cavités kystiques hérissées de villosités.

Pour nombre d'auteurs à la suite de Jayle, le tube épithélial constitue l'élément essentiel des endométrïomes (de là le nom de solénome : *σωλην*, tube, donné par Jayle aux endométrïomes).

A vrai dire, si le tube épithélial est l'élément nécessaire de l'endométrïome, il n'en est point par contre l'élément suffisant.

Comme l'a dit et montré Oberling, « il y a plus que des tubes, il y a de l'endomètre ». Le deuxième élément nécessaire, celui qui complète l'analogie avec la muqueuse utérine au point de rendre la différenciation impossible, est le tissu cytogène.

Certains auteurs, les Lyonnais en particulier (Martin, Michon, Pigeaud), accordent même plus d'importance au tissu cytogène qu'au tube épithélial.

Le tissu cytogène est un tissu conjonctivo-vasculaire. Il est formé de fibroplastés jeunes, cellules connectives petites et trapues à noyau ovoïde. Ces cellules émettent des expansions qui constituent une trame à mailles serrées, parsemées de capillaires. Entre les mailles se distinguent quelques fibrilles collagènes.

Le tissu cytogène est sous la dépendance du tube épithélial.

D'abord apparaît le tube à l'état isolé. Il se développe au contact même des tissus voisins. Le tissu cytogène se forme secondairement, et engaine de son manchon le tube épithélial.

Le tissu cytogène est surtout abondant au niveau des cellules épithéliales cylindriques. Quand l'épithélium s'aplatit, le tissu cytogène disparaît.

Dans les endométriomes génitaux, en particulier ceux de l'utérus, il est fréquent de constater l'adjonction du tissu musculaire. A l'ombilic il est rare. Le plus souvent il n'existe que du tissu fibreux avec quelques fibres musculaires lisses.

Dans les cavités kystiques et dans les tubes se rencontrent des produits de sécrétion ou de desquamation, du sang, quelques polynucléaires altérés et des pigments de désintégration sanguine.

En résumé, l'endométriome est caractérisé par un « ensemble épithélio-conjonctif » comprenant la cellule épithéliale cylindrique et le tissu cytogène. Cet ensemble rappelle en tous points la muqueuse utérine. Il est donc logique de voir participer l'endométriome aux mutations de cette

muqueuse, participation au cycle menstruel, transformation déciduale du conjonctif lors de la grossesse.

Toutefois nous verrons, au chapitre pathogénique, quelles restrictions certains auteurs ont apportées à la thèse d'une analogie trop poussée.

Les endométriomes ont donc des caractères communs bien définis. La localisation à l'ombilic apporte à ce tableau quelques variantes.

À ce niveau, l'épithélium malpighien de revêtement est souvent hyperkératosique, épaissi, papillomateux.

Baltzer, Schiffmann, Habbe ont signalé la prolifération et l'hypertrophie souvent considérables des glandes sudoripares.

Enfin, et c'est là une disposition très spéciale de la tumeur, l'endométriome de l'ombilic paraît se développer sur un *tractus fibro-élastique*, vestige d'un diverticule péritonéal, reliant en quelque sorte l'endométriome au péritoine. L'endométriome « paraît appendu à ce tractus comme un raisin à sa tige » (Oberling). Nous verrons plus loin l'importance de ce détail de structure. Il éclaire la pathogénie de ces tumeurs.

III

DIAGNOSTIC

Ainsi constitué, l'endométriome de l'ombilic, avec ses caractères cliniques, son aspect histologique, est une tumeur de diagnostic assez souvent facile : petite tumeur apparue à l'ombilic chez une femme de 30 à 50 ans, tumeur participant au cycle menstruel par la douleur, la turgescence périodique et parfois par un écoulement sanglant.

Mais il s'en faut que tous ces caractères soient toujours aussi nets, aussi poussés. D'autre part, l'endométriome de l'ombilic est une tumeur rare, un diagnostic d'exception.

L'erreur la plus fréquente est de la confondre avec une hernie ombilicale, erreur excusable si l'on considère l'extrême fréquence de l'une, et la rareté de l'autre. Cette tumeur bosselée, souvent recouverte d'une peau normale et lisse, évoque d'emblée un tel diagnostic. La confusion est d'autant plus excusable que la coexistence des deux affections est loin d'être exceptionnelle.

L'endométriome, lorsqu'il est le siège d'infection secondaire due aux sécrétions produites, peut encore en imposer pour le plus banal eczéma de

l'ombilic. La peau qui recouvre l'endométriome prend assez souvent un aspect hyperkératosique et rugueux. Cet aspect peut évoquer en tout point un petit papillome de l'ombilic. Parfois la pellicule cutanée qui recouvre les endométriomes peut être modifiée à tel point qu'elle en impose pour un nævus et même un mélano-sarcome. Tels furent les diagnostics posés dans les observations VI et XV. La discrimination est loin d'être toujours facile : même consistance, même coloration, même irrégularité de surface. En dernier lieu, l'examen histologique décide.

Par contre, la tuméfaction molle et imprécise d'un lipome superficiel sera facilement reconnue ; quand l'endométriome est encore dans la profondeur, on peut songer à un lipome profond, à un angiome musculaire. La douleur syncopale de l'angiome à la pression, sa réductibilité partielle permettront de le soupçonner.

Chez telle malade cachectique, une induration de l'ombilic, de type endométriomateux, peut être prise pour une métastase de cancer gastrique ou ovarien.

Chez telle autre opérée antérieurement, cette induration pourra faire penser à la suppuration d'un crin ou d'une soie perdue.

Certaines inflammations chroniques para-ombilicales peuvent revêtir l'aspect d'une tumeur : telles ces suppurations périhépatiques ou périgastriques, qui ont suivi la faux de la veine ombilicale et se sont propagées à l'ombilic.

La tuméfaction profonde d'un endométriome

au début peut encore être confondue avec la masse d'un kyste dermoïde rétro-ombilical. Comme le kyste, l'endométriome peut être sujet à des poussées douloureuses inflammatoires.

Les fibromes de la paroi sont d'un diagnostic plus facile. S'ils ont, comme les endométriomes, des limites assez imprécises, s'ils se développent eux aussi avec prédilection chez les femmes de 30 à 40 ans, par contre ils donnent une sensation de dureté toute particulière, et se développent, à quelque distance de l'ombilic, dans la masse même du muscle droit et adhèrent fortement à l'aponévrose.

Il n'est pas jusqu'à la tuberculose de la paroi, jusqu'au cancer primitif de l'ombilic qui ne puissent être discutés. La tuberculose primitive est, il est vrai, fort rare. Elle réalise un tuberculome primitif et survient chez des femmes jeunes, en apparence bien portantes. Le cancer primitif est de type cutané, plus rarement de type intestinal développé aux dépens d'une inclusion embryonnaire. L'existence d'une réaction ganglionnaire inguinale met sur la voie du diagnostic.

Nous citerons enfin quelques tumeurs exceptionnelles : syphilome de la paroi, actinomycose, presque toujours consécutive à une actinomycose intestinale.

Tels sont les principaux problèmes soulevés par le diagnostic de l'endométriome de l'ombilic lorsqu'il se présente avant tout comme une tumeur.

Mais, même lorsqu'à la tumeur s'ajoute l'écou-

lement sanglant, le diagnostic est loin de s'imposer sans discussion.

Les fistules entretenues par un corps étranger inclus : crin ou soie perdue, ne sont pas toujours de reconnaissance facile.

Il faudra aussi tenir compte de certaines fistules dues à un diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic ou plus rarement de fistules dues à un ouraque resté perméable. Seul l'examen histologique et en dernier ressort l'intervention, qui conduira sur un cordon fistuleux inséré au grêle ou à la vessie, permettront de lever les doutes.

Enfin, il existe une catégorie de tumeurs ombilicales très proches des endométriomes : ce sont les adénomes vrais de l'ombilic.

Longtemps, à la suite de Mintz, les endométriomes furent confondus avec ceux-ci. En réalité les adénomes vrais sont des tumeurs très rares. Ils sont constitués, ainsi que Cullen et Lauche l'ont montré, par des inclusions de muqueuse intestinale. Comme les endométriomes, ils se présentent sous la forme d'un bourgeon charnu, gros comme une cerise, humide et saignant. Ils sécrètent un liquide visqueux. Mais l'examen histologique en révèle la véritable nature. Leur épithélium est du type intestinal. Il s'agit d'hétérotopies de muqueuse intestinale. Ces véritables entérotératomes ont pour origine des débris du canal omphalo-mésentérique très probablement.

IV

PATHOGÉNIE

L'accord est loin d'être fait sur l'origine des endométriomes. L'achoppement de la plupart des théories émises à ce sujet vient de leur excès de simplification, du désir de vouloir ramener à l'unité des faits aussi disparates qu'un endométriome génital et extragénital.

Vouloir expliquer par la même théorie un endométriome diffus de l'utérus et un endométriome de l'ombilic nous paraît fort difficile. L'éclectisme semble de mise.

Nous exposerons tout d'abord les différentes théories qui se sont fait jour jusqu'à présent.

THÉORIE EMBRYONNAIRE.

La plus ancienne, comme aussi la plus facile, est la théorie congénitale ou embryonnaire. En présence d'une tumeur, dont la structure organoïde est le caractère essentiel, il est normal qu'on ait d'abord songé à une origine dysembryoplasique. Recklinghausen fut le promoteur de cette théorie. Pour l'histologiste strasbourgeois, ces images de

tubes sinueux ou droits, de dilatations ampullaires, de pseudo-glomérules rencontrées dans les endométriomes éveillèrent l'idée de canaux glandulaires de reins primitifs. Ce fut le point de départ de la *théorie wolffienne*. Longtemps elle régna en maîtresse.

Elle fit place à la *théorie mullérienne*, quand fut précisée par Kossmann puis par Lockstædt la véritable nature des tubes endométriaux. La présence de cellules épithéliales cylindriques ciliées apparentait ces tumeurs à des dérivés mullériens. C'est à cette hypothèse que Letulle s'est arrêté dans son *Mémoire sur les endométriomes*.

Lauche récemment vient d'apporter une nouvelle modification à la théorie embryonnaire. Afin de concilier les deux premières hypothèses, il a fait remonter l'origine des tubes épithéliaux à la cellule péritonéale primitive, à la cellule cœlomique : c'est la *théorie cœlomique*. Cette cellule indifférenciée, douée d'un potentiel indéterminé, pourrait se transformer en élément wolffien aussi bien que mullérien. L'hypothèse serait séduisante, si elle n'apparaissait dictée par un souci trop évident de simplification. En poussant un peu plus loin le raisonnement, il serait facile de remonter à la cellule initiale.

Ces trois aspects d'une même théorie ont d'ailleurs un commun défaut. Comment expliquer l'apparition de ces tumeurs à l'âge de 30 ans, si elles sont des dysembryomes ? Pourquoi ne les verrait-on pas chez des sujets plus jeunes ?

Il existe en outre des incompatibilités topographiques. Il apparaît difficile de faire concorder la topographie des canaux de Müller et de Wolff avec la dissémination des endométriomes : cicatrice de laparotomie, séreuse intestinale, ombilic.

THÉORIE ADMETTANT UN TISSU PRÉEXISTANT.

Ainsi, à la théorie des inclusions a-t-il fallu substituer une théorie qui supposât l'origine d'un tissu préexistant.

Pour les uns ce tissu est la *muqueuse* utérine elle-même. Pour d'autres, il est représenté par le péritoine métaplasie.

Théorie endométriale, théorie de la greffe. — Dans le premier cas il s'agit de la *théorie dite endométriale*. Cullen en fut le protagoniste. Le premier il a montré la continuité existant entre la muqueuse utérine et les formations endométrioïdes intrapariétales.

Mais ce que Cullen a démontré pour les endométriomes utérins, Sampson l'a appliqué à la formation des endométriomes annexiels et extra-génitaux.

Pour Sampson, des débris de muqueuse utérine bien conservés peuvent être expulsés lors des règles par reflux tubaire dans la cavité péritonéale. Ils se fixent sur l'ovaire et là prolifèrent sous forme de *kystes hématiques*.

Ceux-ci s'accroissent lentement, puis se rompent. Ils constituent la « greffe mère » dont les

fragments essaient et peuvent à leur tour proliférer en un point quelconque du péritoine pelvien.

En somme l'ovaire devient un support à la greffe endométriale et lui confère une sorte de malignité.

Cette théorie a de nombreux mérites. Elle réalise l'unité dans un chapitre jusque-là assez confus. Elle simplifie les faits et tente une explication unique, en accordant une même origine à tous les endométriomes, qu'ils soient génitaux ou extra-génitaux.

Elle part d'une donnée clinique d'observation indiscutable : le reflux tubaire du sang menstruel.

Ce reflux s'observe surtout dans les affections sténosantes du col. Or n'en est-il pas ainsi chez les femmes atteintes d'endométriomes, qui accusent souvent, si l'on s'en réfère aux observations, de violentes crises douloureuses menstruelles ?

Un autre argument peut être tiré de la topographie. Le siège de prédilection des endométriomes à la fosse recto-vaginale se justifie assez bien par le reflux tubaire.

Enfin, dans ces dernières années, des arguments d'ordre expérimental ont semblé apporter à cette théorie une confirmation définitive. A la suite des travaux de Hesselberg, Kessrin et Lœb, Katz et Szene, Halter, Jacobsohn et Polster, la théorie endométriale par greffe s'est vu conférer une valeur expérimentale qui apparaît au moins prématurée.

En France, Michon en 1927 publie les résultats de ses expériences sur les greffes de muqueuse utérine au niveau d'ovaires de lapines. L'auteur

conclut : « Il est possible de greffer, chez la lapine, des fragments de muqueuse utérine sur l'ovaire. Cet organe est un lit très favorable pour la greffe. On obtient la formation de kystes épithéliaux parfois entourés de fibres musculaires lisses, présentant de grandes analogies avec les endométriomes. »

Et pourtant cette théorie n'est pas exempte de toute critique. Les expériences de greffes ovariennes aboutissent à la formation de kystes à contenu hématique. Elles ne nous expliquent pas la genèse d'endométriomes vrais, de formations à caractère tumoral, douées d'accroissement propre.

Cette théorie, à elle seule, ne peut nous faire comprendre le caractère prolifératif et évolutif de ces tumeurs.

Ainsi que le dit Oberling, « la théorie de Sampson explique très bien la genèse des îlots de muqueuse utérine hétérotopique fréquemment trouvés dans le péritoine pelvien, processus qu'on pourrait qualifier d'endométriose. Elle n'explique pas cependant l'endométriome, tumeur à croissance prolongée ».

En outre, pour l'endométriome de l'ombilic, on conçoit mal une greffe péritonéale, puisque l'endométriome siège non pas sur le péritoine mais à quelque distance de lui, sur une tige fibro-élastique reliquat de la cicatrice ombilicale.

Cette théorie de la greffe contient une part de vérité. Nul doute qu'elle ne joue un rôle dans la localisation de certains endométriomes extragéni-

taux. Mais elle ne peut à elle seule suffire à expliquer l'endométriome en général.

*
* * *

Certains auteurs, Jayle en particulier, n'ont pas été d'ailleurs sans discuter la véritable nature des endométriomes, leur unité physiologique et histologique. Aussi ont-ils choisi pour désigner ces tumeurs le terme de « solénome », terme qui ne préjuge en rien de l'origine.

Ces auteurs sont partisans de l'éclectisme et démembreraient volontiers le chapitre des endométriomes.

S'il existe, disent-ils, une analogie évidente de la plupart de ces tumeurs avec la muqueuse utérine, faut-il pour cela toujours parler d'identité ?

Les arguments physiologiques ont-ils une valeur absolue ? La participation de ces tumeurs au cycle menstruel n'est pas un fait constant. Quelques-unes ne présentent aucune réaction menstruelle. Tel endométriome de l'aîne ou de l'ombilic ne réagit en rien à la poussée des règles. Tel endométriome de la trompe au lieu d'un contenu hématique renferme un liquide clair sans caractère menstruel.

Des tumeurs d'origine fort diverse ne subissent-elles d'ailleurs pas la réaction menstruelle ? Ainsi en va-t-il de certains angiomes, lymphangiomes, etc. Il n'est pas jusqu'à des eczémas, des plaies même

qui ne participent à la poussée congestive générale survenant lors des règles.

Les mutations que subissent les endométriomes lors de la grossesse, disent encore les mêmes auteurs, la réaction déciduale elle-même ne constituent pas non plus des arguments sans réplique. Des proliférations déciduales ont été rencontrées en bien des points éloignés, en dehors même de l'utérus et de l'appareil génital. La réaction déciduale a été signalée sur les trompes, les ovaires, dans l'excavation recto-utérine, le ligament large et l'intestin.

Il semble que tout tissu conjonctif en général soit capable de la transformation déciduale. Cette réaction déciduale a d'ailleurs été constatée en dehors de toute grossesse. Dans une observation de Schiffmann et Seyfert (Obs. XXVI), ces auteurs ne signalent-ils pas des îlots déciduaux dans un endométriome de l'ombilic en dehors de toute grossesse ?

Si l'on s'en réfère aux arguments histologiques, ceux-ci ne paraissent pas exempts de toute critique.

Le tissu cytogène, dont l'existence acquiert, pour beaucoup d'auteurs, une importance égale à celle du tube épithélial, est loin d'être constant. Dans nombre de cas il fait défaut. Le tissu cytogène serait un élément variable. Il est assez discret dans les endométriomes tubaires, il se rencontre en abondance dans les endométriomes cicatriciels. Il semble nettement dépendre de la forme de la cellule épithéliale : bien fourni, lorsqu'il double une

rangée de cellules cylindriques, il est rare et peut même manquer quand la cellule épithéliale s'aplatit. Il peut faire totalement défaut sans qu'on puisse pour cela mettre en doute le diagnostic.

Dans l'évolution même de la tumeur, le tissu cytogène est sujet à variations. Il semble l'indice d'une période d'activité maxima dans l'évolution d'un endométriome. Il tend à diminuer quand la tumeur entre en régression.

Le tube épithélial, qui le plus souvent évoque à s'y méprendre l'aspect de la muqueuse utérine, revêt parfois des aspects histologiques fort éloignés de celle-ci. Ainsi en va-t-il lorsqu'il affecte la forme d'une ampoule, de canaux, images beaucoup plus proches d'une formation wolffienne que d'une formation utérine.

Devant une telle diversité d'aspects, il semble difficile d'admettre une unité d'origine. Certains cas seront toujours difficiles à classer, à expliquer, si l'on opte pour telle ou telle pathogénie. Pourquoi par exemple rejeter l'origine embryonnaire wolffienne de certains endométriomes de l'aîne, du vagin, des cornes ou du col utérin ?

La théorie endométriale directe semble logique dans les cas d'endométriomes utérins développés en continuité avec la muqueuse elle-même.

Enfin l'hypothèse de Sampson, la greffe par reflux tubaire, joue certainement un rôle dans la localisation de beaucoup d'endométriomes extra-génitaux.

Ces cas mis à part, il faut bien le dire, toutes les théories émises jusqu'à présent sont incapables d'expliquer l'origine de la plupart des endométriomes extra-utérins, théorie wolffienne, théorie endométriale directe ou par greffe peuvent se concevoir pour des cas bien définis. Elles ne valent plus pour la majorité des endométriomes.

THÉORIE PÉRITONÉALE MÉTAPLASIQUE.

Il a fallu chercher dans une autre voie et partir de cette donnée, bien mise en lumière par Oberling : *Tous les endométriomes extra-utérins se développent dans les régions où le péritoine peut être en cause.* Les endométriomes de l'ombilic rentrent dans cette catégorie, puis qu'ils prennent naissance au niveau d'anciens diverticules péritonéaux, sur la cicatrice de la tige ombilicale.

A partir de ce fait, l'explication devient facile. C'est dans la cellule péritonéale définitive qu'il faut chercher l'origine de la plupart des endométriomes extra-utérins. La cellule endothéliale sous des influences diverses peut se transformer, se métaplasier. En un mot, l'endométriome extra-utérin est dû, le plus souvent, à une métaplasie péritonéale.

C'est un retour à la théorie de Ranvier sur la transformation cellulaire. Le premier, Ranvier a mis en évidence la plasticité toute particulière de ces cellules péritonéales ; Ivanoff puis Meyer et Oberling ont repris cette théorie et l'ont appliquée

à la genèse des endométriomes. Renish, Amam et Heine l'ont confirmée par leurs constatations anatomo-pathologiques. Ils ont pu suivre la transformation de l'endothélium péritonéal en épithélium cubique.

Von Oettinger, en 1925, a confirmé le fait pour l'utérus. De la surface péritonéale de l'utérus, partent dans la profondeur des tubes formés d'épithélium plat, qui devient cylindrique progressivement par ramollissement des tissus voisins.

L. Binet et J. Verne en 1927 ont apporté à la théorie métaplasique un témoignage expérimental important : sous l'influence d'une goutte d'huile, n'ont-ils pas vu la transformation de cellules conjonctives en cellules endothéliales puis en cellules cubiques ?

Restait à savoir la cause de cette métaplasie.

Théorie métaplasique inflammatoire. — R. Meyer, qui a été l'un des protagonistes de cette théorie, en voyait la cause dans l'inflammation.

Polster a montré combien certaines granulations inflammatoires pouvaient évoquer l'aspect de muqueuse utérine. Certains endométriomes tubaires sont accompagnés de lésions inflammatoires indéniables ; et cette coexistence est un fait qui incite à la réflexion. Peut-être certains nodules tubaires, étiquetés endométriomes, sont-ils d'origine inflammatoire ? Mais il semble téméraire d'ériger en règle cette hypothèse valable seulement pour quelques observations d'endométriomes tubaires.

Théorie métaplasique hormonale. — A la métaplasie péritonéale, il faut chercher une autre cause. « Les cellules situées au fond des invaginations péritonéales, dit Oberling, peuvent bien devenir cylindriques. C'est là un fait banal. Mais pour que le caractère organoïde de ces tubes se constitue, il faut admettre l'intervention d'un facteur spécial — très probablement d'une hormone ovarien. Ce sont vraisemblablement ces hormones, qui non seulement déterminent la métaplasie endométrioïde, mais qui incitent cet épithélium à la prolifération. »

Pour constituer un endométrioïme, il faut d'abord du tissu endométrial, mais il faut en outre un facteur spécial, l'hormone ovarien qui confère à ce tissu un pouvoir d'accroissement tumoral propre. La question devient donc simple. Le tissu endométrial peut provenir d'une métaplasie locale du péritoine ou de ses vestiges ; il peut encore provenir d'îlots hétérotopiques de muqueuse utérine greffés par le reflux tubaire sur le péritoine, ainsi que le veut Sampson. Mais sans l'action ovarienne à distance, ce tissu resterait au stade de l'endométriose. Il ne passerait pas au stade organoïde.

Cette influence de l'ovaire n'apparaît pas purement spéculative. On sait toute l'importance des actions endocriniennes en général. Et l'endométrioïme appartient à l'endocrinologie.

N'en avons-nous pas un exemple frappant dans cette observation de Schickelé ? Un endométrioïme récidivant de la fosse recto-vaginale n'a pu être « éteint » que par la castration.

Cela est si vrai qu'en présence d'endométriomes trop volumineux, obligeant à des délabrements hors de proportion avec la bénignité de la tumeur, il faudra préférer la castration à tout essai de résection.

V

TRAITEMENT

Heureusement, dans le cas d'endométriomes de l'ombilic, le traitement ne comporte pas de telles sanctions. L'exérèse simple de la tumeur, exérèse d'ailleurs facile, suffit à amener la guérison.

L'exérèse doit être large, comportant l'excision de la peau et du tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose. Il faudra toujours passer suffisamment au large de la tumeur. Car on sait sa tendance à infiltrer les tissus avoisinants.

L'aponévrose sera soigneusement vérifiée. Tout diverticule péritonéal sera suivi avec soin jusqu'à son implantation. S'il coexiste une hernie, le péritoine de son sac sera vérifié.

Dans la grande majorité des cas, cette intervention amène la disparition complète des troubles.

Toutefois, si l'interrogatoire et l'examen révèlent des faits permettant de supposer la coexistence d'autres localisations endométriales, il faudra pratiquer une laparotomie sous-ombilicale et une vérification de l'étage sous-ombilical de l'abdomen.

COMPLICATIONS.

Les récidives sont rares. Sur la quarantaine d'observations recueillies, nous n'avons relevé que trois récidives. Une récidive sur la cicatrice opératoire (Obs. IV), et deux récidives à distance dans la région inguinale (Obs. XV et X).

La transformation maligne n'a jamais été signalée.

CONCLUSIONS

En résumé, l'endométriome de l'ombilic est une tumeur organoïde, caractérisée par un ensemble « épithélio-conjonctif » reproduisant par son tube épithélial et le tissu cytogène l'aspect typique de la muqueuse utérine. L'endométriome ajoute à cette analogie histologique l'analogie physiologique : il participe aux mutations de cette muqueuse : gonflement, douleur, écoulement sanglant lors des crises menstruelles, transformation déciduale pendant la grossesse.

L'origine des endométriomes de l'ombilic doit être recherchée dans une métaplasie péritonéale, au niveau de diverticules, de vestiges de la tige ombilicale.

Cette métaplasie est déclenchée et entretenue par l'influence d'une hormone ovarien.

Cet assujettissement à la glande ovarienne constitue le signe majeur de tous les endométriomes, le trait qui les relie.

A part quelques cas, où l'origine embryonnaire ou inflammatoire peut être admise, ces tumeurs sont sous la dépendance de l'ovaire.

Que le tissu endométrial soit né sur place par métaplasie, ou qu'il provienne d'îlots hétéroto-

piques venus par reflux tubaire de la muqueuse utérine, seul un hormone ovarien peut lui conférer le caractère organoïde, un pouvoir propre d'accroissement.

Ainsi s'expliquent les endométriomes, tumeurs uniques dans l'organisme, et dont la pathogénie avait, jusqu'à présent, soulevé tant de controverses.

Vu :

Le Doyen,
G. ROUSSY

Le Président de Thèse,
LENORMANT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

OBSERVATIONS

LAUCHE. — Die extragenitalen heterotopen. Epithelwucherungen (*Virchow's Arch.*, Vol. 243, p. 298).

Obs. I. — CRAMER, 1909.

Une femme de 48 ans présente une tumeur de la région ombilicale, qui fait penser à une hernie.

Exérèse.

Diagnostic histologique : proliférations glandulaires, formées de cellules épithéliales hautes et basses, parfois ciliées, évoquant un adénome de l'ombilic venu du conduit omphalo-mésentérique.

Obs. II. — MÖNCKEBERG, 1921.

Femme de 36 ans. — A l'ombilic : tumeur bleu noirâtre, grosse comme une noix.

Résection ovalaire de l'ombilic. Guérison. A la coupe : aspect d'endométriome.

Obs. III. — WULLSTEIN.

Femme de 34 ans, mariée, sans enfant.

Présente une tumeur adhérent par une large base d'implantation à l'ombilic.

Résection. Guérison.

Obs. IV. — MINTZ. — *Deutsch Zeitschrift. für Chir.*, 1909.

Il s'agit d'un endométriome de l'ombilic qui coexiste avec une hernie ombilicale.

Exérèse. Cure de la hernie.

4 ans après : récurrence de l'endométriome sur la cicatrice sous forme d'une petite tumeur grosse comme une noisette.

Obs. V. — GIANNETTASIO.

Femme de 44 ans, multipare.

Tumeur de l'ombilic grosse comme une noix, dure, adhérent à la profondeur. Excision. Guérison.

Obs. VI. — VON NOORDEN.

Femme de 38 ans, sans enfant.

Depuis quelques mois, douleurs de la région ombilicale. Légère tuméfaction de l'ombilic. L'aspect de la tumeur fait penser à un mélanosarcome. Exérèse. Guérison. Aspect d'endométriome à la coupe.

Obs. VII. — MINTZ.

Femme de 38 ans, opérée onze mois auparavant d'un fibrome.

Tumeur de l'ombilic. Douleurs à paroxysme menstruel. Excision. Guérison.

Obs. VIII. — EHRLICH. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1909.

Femme de 54 ans, multipare.

Myomectomie 10 ans auparavant.

Tumeur ombilicale de la grosseur d'une noix, coexistant avec une tumeur mammaire.

Examen histologique : à l'ombilic : endométriome ; à la glande mammaire : carcinome.

Obs. IX. — GODDARD. — *Surg. Gynecol. and Obstetric*, 1909.

Femme de 42 ans, bien réglée. 4 enfants.

Petit suintement sanguin par l'ombilic au moment des règles.

Il apparaît une petite tumeur papillomateuse de l'ombilic. Endométrisme.

Obs. X. — CULLEN. — *The Lancet*, 1913.

Femme de 37 ans. Tumeur de l'ombilic, grosse comme une noix. Excision. Récidive 4 ans après au niveau de l'épine iliaque gauche.

Obs. XI. — GREEN. — *Transact. of the Path. Soc.*

Femme de 50 ans. Depuis 2 ans $\frac{1}{2}$ douleurs dans la région ombilicale, puis tumeur avec écoulement brunâtre au moment des règles. Exérèse ; quelques adhérences épiploïques. Guérison.

Obs. XII. — MINTZ. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1909.

Femme de 45 ans. Depuis quelques mois induration de l'ombilic. La tumeur a grossi pendant 4 mois, puis s'est maintenue à ce stade.

Obs. XIII. — GODDARD. — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1909.

Femme de 44 ans. Depuis un an rougeur et gonflement de l'ombilic au moment des règles. Bientôt apparaît une tumeur dure de l'ombilic accompagnée de douleur à paroxysme menstruel. Malade bien réglée malgré tout. Excision. Guérison.

Obs. XIV. — Zitronblatt. *Deutsch. Med. Wochenschr.*

Femme de 36 ans.

Tumeur ombilicale, qui est le siège d'une sécrétion séro-sanguinolente au moment des règles. Excision sans toucher au péritoine.

Obs. XV. — BARKER. — *The Lancet*, 1913.

Femme de 37 ans.

A l'ombilic une petite nodosité avec quelques irrégularités de surface. Aspect de mélanosarcome. Excision de l'ombilic avec ouverture du péritoine. L'examen de l'abdomen ne révèle rien d'anormal. La malade revient 4 ans après pour une petite nodosité à 5 cm. en dedans de l'épine iliaque gauche.

Obs. XVI. — WAEGLER. — *Frankfurt Zeitschr. f. Path.*, 1913.

Femme de 48 ans. Tumeur ombilicale grosse comme une petite pomme. Douleurs à paroxysme menstruel. Exérèse.

Obs. XVII. — RIBBERT, 1914.

Femme de 50 ans. 5 accouchements. La dernière grossesse a été marquée par l'apparition d'une hernie ombilicale.

Depuis un an, induration de l'ombilic, puis tumeur. Exérèse. Guérison.

Obs. XVIII. — LINDAU-FISCHER. — *Studien zur Path. der Entwicklung*, 1914.

Jeune femme de 34 ans. Depuis quelques années : tumeur située un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. Lente croissance de la tumeur. Exérèse sans toucher au péritoine. Guérison.

Obs. XIX. — LINDAU-FISCHER. — *Studien zur Path. der Entwicklung*, 1914.

Femme de 46 ans : depuis 1 an $\frac{1}{2}$, tumeur et écoulement ombilicaux pendant les règles.

Obs. XX. — CULLEN. — *The Umbilicus*, Philadelphie, 1916.

Femme d'âge moyen, présentant une tumeur grossissant au moment des règles.

Obs. XXI. — CULLEN. — *The Umbilicus*, Philadelphie, 1916.

Femme de 38 ans, réglée à 13 ans, bien réglée, présente rétroflexion utérine et prolapsus.

Douleur de la région ombilicale, puis tumeur ombilicale. La peau à ce niveau est normale. Bon état général.

Obs. XXII. — MATHIAS. — *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1920.

Femme de 40 ans. Depuis quelque temps est apparue une tumeur de l'ombilic, que l'on excise. Guérison.

A la coupe : aspect d'endométriome.

Obs. XXIII. — CULLEN. — *Arch. of Surg.*, 1920.

Femme de 46 ans. 2 accouchements, le dernier il y a 16 ans. Bien réglée. Depuis quelques années l'ombilic est douloureux au moment des règles. Bientôt apparaît une tumeur à ce niveau. Exérèse.

Obs. XXIV. — CULLEN. — *Arch. of Surg.*, 1920.

Femme de 37 ans. Depuis un an, douleur à l'ombilic pendant les règles ; puis tumeur. Ablation.

Obs. XXV. — VILLAR. — Thèse de Paris, 1886 (d'après CULLEN).

Il s'agit d'une femme de 46 ans.

Elle présente une petite tumeur à l'ombilic. Elle ressent dans cette région une douleur attribuée au port d'un corset.

A l'examen : tumeur rougeâtre au niveau de l'ombilic. Sur cette tumeur siège une petite plaque noirâtre de 2 cm. de diamètre environ.

La tumeur n'est pas ulcérée. Deux jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur se met à saigner. Cette tumeur, qui à l'époque fut considérée par Clado comme un sarcome, est à n'en pas douter un endométriome.

Obs. XXVI. — SCHIFFMANN et SEYFERT. — *Arch. für Gynäk.*, 1926, t. 127, p. 208.

Il s'agit d'une femme de 57 ans. Depuis 4 ans, apparition de ménorragies. Il y a 10 ans est apparue à l'ombilic une tumeur grosse comme une petite pomme. Cette tumeur est le siège de douleurs violentes pendant les règles. Les douleurs s'accompagnent du gonflement de la tumeur, qui prend une coloration bleuâtre. Tout rentre dans l'ordre, passée la période menstruelle. Pas de fausse couche. Une grossesse normale il y a 30 ans.

L'examen révèle un abdomen distendu par la présence d'ascite. La tumeur ombilicale est grosse comme une noix, sans limites précises. La palpation en est douloureuse. Les téguments paraissent normaux à ce niveau. L'examen révèle en outre un léger prolapsus de l'utérus. Celui-ci est un peu gros, antéfléchi. Son col est normal. Le cul-de-sac droit paraît comblé.

En face de ces signes, le diagnostic est posé de tumeur maligne de l'ovaire avec métastase ombilicale.

La biopsie de cette tumeur ombilicale révèle sa nature adénomateuse et sa bénignité.

Le 23 octobre 1923 : Laparotomie médiane sous-ombilicale, comportant l'excision de la tumeur de l'ombilic et du péritoine sous-jacent. Présence d'ascite.

Ablation d'une tumeur grosse comme un poing, mollassée et polykystique de l'ovaire droit. Sur le Douglas siège une plaque blanche irrégulière. Guérison sans incident. Radiothérapie consécutive.

Examen des pièces enlevées. — La tumeur ovarienne est un kyste multiloculaire tapissé de formations papillaires. Celles-ci sont constituées par une ou deux rangées de cellules cubiques ou cylindriques sans atypie.

La tumeur ombilicale est constituée par un tissu blanchâtre, à mailles serrées, parsemé de petites cavités kystiques à contenu hématique grosses comme une tête d'épingle.

L'examen histologique de la tumeur ombilicale révèle une grande abondance de glandes sudoripares, hypertrophiées et entourées d'un tissu fibreux dense analogue au tissu du cordon ombilical. Il existe en outre des formations kystiques tapissées d'un épithélium cylindrique haut, parfois cubique et plat. L'épithélium plat se rencontre surtout dans les grandes cavités kystiques. Mais la hauteur de l'épithélium varie dans une même cavité. Les acini glandulaires sont doublés de tissu cytogène.

Dans les coupes, on distingue trois îlots de tissu décidual typique. En outre, l'examen révèle la présence de 2 ou 3 cellules géantes.

En somme, la tumeur apparaît constituée de tissus divers. Il faut noter l'abondance des glandes sudoripares. Ce fait apparente cette tumeur aux tératomes. Pour les auteurs, cet endométriome serait dû à une inclusion fœtale.

Obs. XXVII. — HANS BALTZER. — *Arch. für Klin. Chir.*, 1927, t. 147, p. 555.

E. B., 41 ans. 2 accouchements normaux.

Depuis 3 ans, tumeur de l'ombilic, douloureuse pendant les règles. Apparition de ménorragies. La tumeur augmente de volume depuis 5 mois. Pendant les règles, elle est le siège d'un écoulement sanguin qui s'échappe par un pertuis de la grosseur d'une tête d'épingle.

La malade présente en outre un goître. L'utérus est myomateux.

Intervention. — Laparotomie sous-ombilicale.

Excision de la tumeur ombilicale.

Ablation d'un myome utérin.

Sur la terminaison du grêle, près du cæcum, se trouve une formation hémorragique d'un centimètre de diamètre. Résection du segment correspondant du grêle : anastomose latéro-latérale. Appendice épais, gris blanchâtre. Appendicectomie.

Guérison.

Examen histologique. — La tumeur de l'ombilic s'avère comme un endométrioïde typique, on note toutefois l'abondance des glandes sudoripares. Les pièces prélevées sur l'iléon et l'appendice sont des formations endométriales.

Obs. XXVIII. — BROWN. — *S. Clin. North America*, octobre 1931.

Femme de 36 ans. Il y a un an apparition d'un suintement sanguin par l'ombilic au moment des règles. Les mois suivants, l'écoulement se transforme en véritable hémorragie pendant les premières heures des règles.

A l'ombilic, il existe une tumeur grosse comme une noisette, trilobée, blanche, œdémateuse, implantée au pourtour de l'ombilic.

Utérus rétroversé. Gros ovaire droit, sensible.

Intervention : Exérèse de la tumeur ombilicale. Péritoïne normal à son niveau.

Sur l'ovaire droit : un petit kyste hématique, adhérent au grêle. Ovariectomie et appendicectomie.

Obs. XXIX. — ROQUES. — *Proceed. Roy. Soc. of Med.*, 1927, p. 538.

Femme de 49 ans. Mère de 8 enfants. Quatre fausses couches.

Tumeur de l'ombilic. Les quatre dernières périodes menstruelles ont été marquées par l'apparition d'un suintement sanguin.

Examen. — La tumeur ombilicale se présente comme un nodule papillomateux implanté au fond de la fossette ombilicale. Il existe tout près de cette tumeur un diverticule péritonéal, maintenant exclu de la grande cavité.

Intervention. — Excision de la tumeur et de l'ombilic. Il n'existe pas de connexion visible entre la tumeur et le péritoine.

L'exploration du pelvis et de l'abdomen ne révèle rien d'anormal.

Il faut insister sur l'association à cette tumeur ombilicale d'une fossette péritonéale, d'un diverticule net exclu de la grande cavité.

Obs. XXX. — BALTZER. — *Zentralbl. für Gynäk.*, 1929, p. 99.

Femme de 40 ans.

A l'ombilic, petite tumeur dure, douloureuse pendant les règles. Une grossesse normale il y a 13 ans ; pas de fausse couche. Les dernières règles sont irrégulières.

Depuis 15 jours, la tumeur bleuit, mais ne sécrète pas. Elle est grosse comme une cerise.

Le diagnostic ne fait aucun doute : il s'agit d'une tumeur hétérotopique de l'ombilic à type endométrial.

Intervention le 5 septembre 1929.

La tumeur est facilement extirpée. Elle n'est pas en connexion avec le péritoine. Une exploration du pelvis révèle plusieurs formations de même nature : sur le sigmoïde une tumeur grosse comme une noisette, et à côté

d'elle deux autres formations plus petites. L'ovaire droit est le siège d'un petit kyste lutéinique non crevé. Un segment du sigmoïde correspondant à la formation endométriale est réséqué. Anastomose latéro-latérale. Guérison sans incidents.

L'examen histologique confirme en tout point le diagnostic posé avant l'intervention.

Obs. XXXI. — KEENE. — FLOYD KINSBROUGH (*J. A. M. A.*, 18 octobre 1930), signalent 2 cas d'endométrïomes de l'ombilic typiques.

Obs. XXXII. — A. J. FRERO. — *Boletino d. Sociedad de Obst. y Gyn.*, 20 décembre 1929.

Il s'agit d'une femme de 55 ans qui présente des métrorragies s'accompagnant d'un suintement sanguin par l'ombilic. La malade est amaigrie.

Examen. — Petite tumeur de l'ombilic avec quelques varicosités bleuâtres. La palpation en est indolore.

Utérus gros, antéfléchi, fixé. Culs-de-sac sensibles et comblés.

Intervention. — Résection en masse de la tumeur et de l'ombilic. Il existait à ce niveau une fossette infundibulaire péritonéale.

Exploration du pelvis : aucune formation endométriale.

Hystérectomie totale.

Mort quelques jours plus tard par occlusion.

Examen histologique de la tumeur ombilicale : Acini glandulaires, formés d'un épithélium cylindrique haut ou cubique doublé de tissu cytogène.

Obs. XXXIII. — THOMPSON. — *American J. of Obst. and Gyn.*, 1931.

Femme de 40 ans.

Depuis 5 ans : tumeur de la dimension d'un citron au

niveau de l'ombilic. La tumeur n'a jamais saigné, mais elle augmente et bleuit au moment des règles. La peau, entre temps, est normale à son niveau.

Exérèse.

A l'examen histologique, la tumeur a l'aspect typique d'un endométrioïde.

Obs. XXXIV. — KARL HABBE. — *Zentralbl. f. Gynäk.*, mars 1931.

Une femme de 43 ans remarque depuis 7 à 8 mois une nodosité douloureuse à son ombilic. Cette nodosité, depuis 4 mois environ, sécrète un liquide séreux. Au moment des règles, la tumeur augmente, bleuit et saigne. Nulliparité ; règles normales.

Excision de la tumeur à la locale.

Examen histologique : endométrioïde typique avec importante prolifération des glandes sudoripares.

Obs. XXXV. — CH. OBERLING et P. HICKEL. — *Bulletin du Cancer*, n° 8, t. XVI, 1927.

L'observation est due à l'obligeance du Dr Walter, de Petite Rosselle. Elle concerne une femme de 44 ans. Dans sa première jeunesse déjà, la malade aurait eu une « grosseur » de l'ombilic. Plus tard, la tuméfaction disparaît, et la malade ne remarquait rien de ce côté jusqu'en novembre 1926. A cette époque, elle constata une tuméfaction de l'ombilic qui grossit lentement. La tumeur n'était pas spontanément douloureuse. Mais lors des règles, elle augmentait et devenait très douloureuse. En juin 1927, la tumeur est grosse comme une cerise. Elle siège dans le tissu sous-cutané et semble fixée aux plans sous-jacents. La peau à son niveau est épaissie, papillomateuse. Le Dr Walter excise toute la région ombilicale et nous en confie l'examen.

Sur la coupe macroscopique, on constate, en effet, une

tumeur arrondie à limites imprécises, occupant le tissu sous-cutané de l'ombilic. Le tissu tumoral est dur, d'une teinte rose pâle.

L'examen histologique révèle l'aspect typique de l'endométrioïde. La tumeur est formée par des tubes, parfois étroits, mais souvent dilatés, véritablement kystiques. Dans la plupart des tubes dilatés, l'épithélium est aplati et montre des altérations régressives. La lumière des cavités est encombrée de détritits. Partout où l'épithélium a conservé ses caractères primitifs, il est formé par des cellules cylindriques, très régulières, semblables à l'épithélium utérin. Presque tous les tubes sont entourés d'un manchon plus ou moins épais de tissu cytogène. Tous ces éléments végètent dans un tissu scléreux très dense. Ça et là cependant on constate dans le voisinage des éléments glandulaires la présence de trousseaux de fibres musculaires lisses.

La tumeur s'est essentiellement développée dans la partie superficielle du derme ; dans la partie profonde de la paroi on ne constate plus trace de tissu tumoral.

Nous y trouvons cependant un tractus fibro-vasculaire très riche en fibres élastiques qui vient de la profondeur et qui se dirige en plein dans le tissu tumoral, si bien que la tumeur paraît appendue à ce tractus comme un raisin à sa tige. D'après sa topographie et sa structure histologique ce tractus ne peut être autre chose que la cicatrice ombilicale proprement dite ; la tumeur présente donc des rapports très intimes avec cette cicatrice.

En surface, les tubes arrivent en contact direct avec l'épiderme. Dans tout le domaine de la tumeur, le corps papillaire est le siège d'un processus inflammatoire chronique. C'est sans doute à la suite de ces phénomènes inflammatoires que l'épiderme s'est épaissi et a pris l'aspect papillomateux signalé plus haut.

Obs. XXXVI. — LELIÈVRE et MONTPELLIER. — *Bulletin du Cancer*, décembre 1927.

Femme de 32 ans. Dans l'hypoderme de l'ombilic se trouve une petite tumeur grosse comme une amande, recouverte d'une peau amincie.

A la section : aspect fibroïde, dense, non hémorragique. La coupe est semée de cavités punctiformes.

Examen histologique (fixation au Bouin). — Tumeur constituée par des îlots de tubes ou microkystes noyés dans un stroma conjonctif inégalement dense suivant les points.

Les cavités sont irrégulières, à revêtement festonné et papillifère. Parfois on a l'apparence d'un cordon plein.

Le revêtement épithélial de ces formations est prismatique. Ses éléments sont disposés régulièrement sur une seule assise. Ses limites cellulaires sont peu précises. Le protoplasma est granuleux, le noyau central est ovoïde.

Les mitoses doivent être très rares, car nous n'avons pu les observer qu'une seule fois. De loin en loin, sont inclus dans la basale de cet épithélium des éléments à noyau rond, hypochromatiques à cytoplasme clair, constituant une sorte de halo périnucléaire.

On note que quelques cellules de ce revêtement offrent un pinceau de cils avec corpuscules basilaires. Nous n'avons pas vu d'éléments muqueux.

Les cavités de ces formations glanduliformes sont, soit vides, soit remplies de débris divers, sorte de magma granuleux acidophile, où on trouve des grains chromatinien, des noyaux pycnotiques, des éléments lympho-conjonctifs migrants de même origine que ceux de la partie basale du revêtement épithélial.

Le contenu de ces cavités est souvent riche en polynucléaires en voie de cytolysse. On a l'aspect de véritables microkystes dont la bordure épithéliale a plus ou moins disparu.

Enfin certaines de ces cavités distendues par leur contenu, devenues microkystiques, montrent un revêtement presque endothéliforme.

La plupart des formations glanduliformes sont plongées dans un stroma conjonctif longtemps désigné à tort sous le nom de tissu cytogène, et qui est en réalité celui du chorion utérin.

En résumé : La tumeur est identique à la plupart des observations d'endométriomes de l'ombilic. La formation de cette tumeur correspond au stade intermenstruel de la muqueuse utérine. Car il n'existe pas à son niveau de phénomènes d'évolution déciduale, de congestion ou d'hémorragie comme dans les autres cas.

Le caractère du stroma et surtout l'absence de cellules muqueuses dans le revêtement glandulaire permettent d'exclure l'hypothèse d'une néoformation issue d'un vestige de l'ouraque et du diverticule de Meckel.

Obs. XXXVII. — F. BUSSE ; VAN DEN HORST ; DROUHARD. — *Annales d'Anatomie pathol. et normale*, IV^e année, n^o 2, 1928.

Il s'agit d'une malade âgée de 30 ans, qui présentait au niveau du quadrant inférieur de l'ombilic une petite tumeur de la taille d'un grain de blé, portant en son centre un orifice fistuleux en cul de poule de quelques millimètres de profondeur.

Cette tumeur a toujours existé et n'a jamais provoqué de douleurs spontanées. Mais depuis deux ans elle augmente de volume au moment des règles, devient sensible à la pression et laisse filtrer du sang. Les règles sont régulières, durent 15 jours et s'accompagnent de douleurs hypogastriques assez violentes. L'interrogatoire ne révèle rien de plus. Le toucher vaginal ne fait rien découvrir d'anormal.

Le Dr Villandre opère cette femme le 29 décembre 1927

et par une incision elliptique résèque en masse tout l'ombilic.

L'examen macroscopique n'ajoute pas grand'chose à l'examen clinique. La consistance est ferme. La tranche de section a un aspect homogène, une coloration d'un blanc grisâtre.

La limite en profondeur paraît nette.

A l'examen microscopique, l'épithélium malpighien du tégument cutané est épaissi avec des papilles dermiques irrégulières. Dans le tissu fibreux dense, sous-jacent à la peau, on trouve des tubes glandulaires de taille variable coupés sous des incidences diverses.

En beaucoup d'endroits, ces tubes sont ramifiés, en d'autres sinueux et contournés. Enfin les dilatations kystiques ne sont pas rares.

L'épithélium qui tapisse ces tubes est constitué par de hautes cellules cylindriques, dont quelques-unes sont ciliées, et qui possèdent un noyau généralement basal, un protoplasme peu coloré par l'érythrosine. Dans la lumière de ces tubes apparaît un produit de sécrétion qui, par endroits, se colore par le muci-carmin. Au niveau des petits kystes, l'épithélium paraît cubique, cependant que la cavité contient quelques cellules desquamées et des débris amorphes. Toutes ces cavités épithéliales sont engainées par un manchon de tissu conjonctif lâche, formé de cellules à noyau arrondi ou ovalaire, à protoplasme peu abondant et mal limité. Plus ou moins épais, ce manchon est absolument constant, même autour des plus grands kystes. L'ensemble rappelle absolument la structure des tubes glandulaires et du chorion de l'utérus. Les formations épithéliales de la tumeur sont ramassées en petits amas disséminés, nettement séparés les uns des autres par un tissu fibreux riche en faisceaux collagènes, en général perpendiculaires à la peau qu'ils semblent rétracter vers la profondeur. Il s'agit vraisemblablement de la cicatrice ombilicale. Enfin, en un point de la tumeur, on trouve

quelques fibres musculaires lisses éparpillées sans systématisation particulière par rapport aux tubes épithéliaux.

Tels sont les caractères de la tumeur de cette malade. Ils nous paraissent justifier le diagnostic d'endométriome.

Obs. XXXVIII. — LANOS et BUSSE. — *Bulletin de la Société des Chirurgiens de Paris*, 3, II, 33.

Mme S..., 40 ans. Nullipare. Réglée normalement depuis l'âge de 15 ans. Vers la fin de 1930 cette malade éprouve une sensation de gêne au niveau de l'ombilic.

A partir de janvier 1931, les symptômes se précisèrent et prirent les caractères suivants : chaque mois, pendant les deux ou trois premiers jours des règles, la malade sentait une douleur vive à l'ombilic, douleur tenace, que le contact et la pression des vêtements augmentaient.

Cette douleur était accompagnée d'une saillie de l'ombilic, qui paraissait tendu et « comme gonflé ».

Trois jours passés, tout rentrait si bien dans l'ordre : — douleurs disparues, ombilic de volume et d'aspect normaux, — que la malade ne s'en inquiéta pas autrement.

Mais en décembre 1931, au moment des règles, un léger suintement sanguin se fit au niveau de l'ombilic, phénomène nouveau qui s'ajoutait aux douleurs et à l'augmentation de volume. Les règles finies, tout se calmait.

Pendant une année, chaque mois, ainsi, l'ombilic sembla véritablement prendre part à la crise menstruelle : tension, douleur, suintement sanguin.

En février 1932, une légère infection se manifesta sous forme d'un écoulement séro-purulent, en dehors de la période menstruelle, mais sans changer les manifestations particulières à cette période. Inquiétée par ce phénomène nouveau, la malade vint consulter au début de mars 1932.

A mon examen, au moment des règles, je constatai les faits suivants :

La cicatrice ombilicale est saillante surtout dans sa moitié droite. La peau y est tendue, comme soulevée et, de couleur normale, donne néanmoins l'impression d'être colorée par transparence, comme si elle recouvrait un kyste hématique.

Sur cette petite tumeur, la pression est douloureuse et fait sourdre un peu de sang épais, poisseux, par un pertuis qu'on ne peut pas repérer.

L'examen de l'appareil génital ne montre aucune lésion cliniquement appréciable.

Le 3 mars 1932, je fis l'excision de la cicatrice ombilicale, en enlevant un lambeau suffisant (peau et tissu cellulaire), jusqu'à l'aponévrose. Le plan aponévrotique était normal.

J'ai revu cette malade le 7 décembre 1932 : tous les troubles ont cessé, et — ce qu'elle apprécie par dessus tout — la douleur très pénible, qui durait deux ou trois jours par mois, n'a pas reparu.

Examen histologique par le Dr Busser : les fragments fixés au liquide de Bouin, inclus à la paraffine, ont été colorés suivant les méthodes habituelles.

La coupe la plus intéressante est celle qui passe exactement par le centre de l'ombilic. A ce niveau, l'épithélium malpighien du revêtement cutané paraît, par endroits, légèrement épaissi, hyperkératosique. Le derme, épais, se continue dans la profondeur avec un large tractus fibreux, dense, qui doit être la cicatrice ombilicale. Dans ce tractus fibreux sont dispersées, parfois isolément, mais plutôt rassemblées en petits groupes, des formations glandulaires dont les unes sont de petite taille tubulaires, plus ou moins contournées, dont les autres sont kystiques, dilatées, au point d'être visibles à l'œil nu sur les coupes. Toutes ces cavités se rencontrent à divers degrés de profondeur, les plus superficielles atteignant le revêtement épithélial,

mais elles sont strictement incluses dans le tractus fibreux, cicatriciel et ne débordent pas dans le tissu cellulo-graisseux de l'hypoderme.

Au fort grossissement, l'épithélium qui revêt ces différentes formations est du type cylindrique, simple, parfois cilié. Les cellules sont étroitement serrées les unes contre les autres. Elles sont assez hautes et minces, possèdent un noyau basal, un protoplasme faiblement acidophile. Au niveau des petits kystes, l'épithélium paraît plus bas. Les cellules moins serrées, s'aplatissent, deviennent cubiques. En outre, la cavité contient des déchets divers, produit de sécrétion ou de desquamation, parfois même des polynucléaires altérés en assez grand nombre.

Toutes les cavités, qu'elles soient isolées ou en petits amas, sont engainées par un tissu conjonctif lâche, riche en fibroplastes jeunes, souvent anastomotiques, entre lesquels on distingue quelques fibrilles très grêles de collagène.

Cet ensemble épithélio-conjonctif permet de classer cette tumeur parmi les endométriomes.

Obs. XXXIX. — LEURET ; THIBOUMÉRY ; CHALLIOL ; Hôpital Saint-Joseph, 1934.

Mme La..., 38 ans.

Bien réglée. Une grossesse normale.

Entre à l'hôpital pour une tumeur grosse comme une noix au niveau de l'ombilic. Son apparition remonterait à 1926. La tumeur est le siège de douleurs continuelles, sans paroxysme au moment des règles.

La malade accuse en outre des douleurs gastriques après les repas.

Examen physique : Tumeur ombilicale dure, lisse, grosse comme une noix, laissant suinter par un orifice très difficilement visible un liquide séro-sanguinolent.

On se demande, en raison des antécédents et des signes gastriques, s'il ne s'agit pas d'une métastase d'un néo-gastrique.

Intervention le 23 février 1934.

Exérèse en masse de la tumeur et de l'ombilic.

Examen histologique (Dr Busser).

La tumeur est constituée par un ensemble épithélio-conjonctif, qui permet d'affirmer sa nature endométriale.

BIBLIOGRAPHIE

- BALTZ, Un cas d'endométriome de l'ombilic. *Arch. f. Klin. Chir.*, 147-155, 1927.
- Un cas d'endométriome de l'ombilic. *Zentralbl. f. Gynäk.*, t. 53, p. 99-102.
- BROWN, Un cas d'endométriome de l'ombilic. *S. Clin. North America*, 11-931, oct. 1931.
- BUSSER, Van der HORST-DROUHARD, Un cas d'endométriome de l'ombilic. *Annales d'Anat. pathol. et normale*, V^e année, n^o 2, 1928.
- CULLEN, *Embryologie, Anatomie et Pathologie de l'ombilic*. Philadelphie, 1916, Sanders Company.
- DAMM, Développement de l'endométriome dans la paroi abdominale. *Acta obst. Gyn. Scand.*, 1931, t. XI, p. 458.
- HABBE, Un cas d'endométriome de l'ombilic. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 55-1204, march 1931.
- HANKE, Etude clinique et pathologique de l'endométriome ombilicale. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. 166, p. 192.
- FRERO, Un cas d'endométriome de l'ombilic. *Bol. Soc. di Obst. y Ginec.*, t. 8, p. 516, 1929.
- JAYLE, Le solénome du ventre de la femme, *Rev. Fr. de Gyn. et Obst.*, mai et juin 1926, janvier 1927.
- Le solénome de l'ovaire. XXXVI^e Congrès Fr. de Chir. de Paris, 1927.
- Le solénome de l'intestin. *Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, août 1927.
- Le solénome de l'utérus. *Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1928.

- KEENE, FLOYD, KIMBROUGH, *J. A. M. A.*, t. 95, p. 1164, 13 octobre 1930.
- LANOS et BUSSE, Un cas d'endométriome de l'ombilic. *Bull. Soc. de Chir. de Paris*, 3 février 1933.
- LAUCHE, Die extragenitalen heterotopen Epithelwucherungen. *Virchow's Arch.*, vol. 243, p. 298.
- LELIÈVRE et MONTPELLIER, Sur un cas d'endométriome de la région ombilicale. *Bull. Ass. franç. pour l'étude du Cancer*, décembre 1927.
- LETULLE, TUFFIER, LAMBERT, Endométriome et dysembryoplasies utérines. *Bull. Acad. Méd.*, 29 novembre 1925, p. 1038.
- MICHON, Production expérimentale de l'adénomyose par autotransplantation de la muqueuse utérine sur l'ovaire chez la lapine. *Lyon Chir.*, 1927, p. 313.
- MICHON, MARTIN, PIGEAUD, Un cas d'endométriome gravidique de la paroi abdominale. *Presse Médicale*, 8 avril 1933.
- MOULONGUET, Les endométriomes. *Les diagnostics anatomocliniques de P. Lecène*, t. II, p. 337.
- OBERLING et HICKEL, A propos de 2 nouveaux cas d'endométriomes (intestin et ombilic). *Ass. franç. pour l'étude du Cancer*, t. XVI, n° 8, novembre 1927.
- PORTES et ISIDOR, A propos du problème des formations endométrioides génitales et extragénitales. *Gyn. et Obstétrique*, t. XXVII, n° 4, avril 1933.
- ROQUES, Tumeur endométrioides de l'ombilic. *Proceed. Roy. Soc. of Med.*, février 1928.
- SAMPSON, Hématomes ovariens du type endométrial et implantations d'adénomes de type endométrial. *Boston Med. and Surg. Journ.*, p. 445.
- Hétérotopies de tissu endométrial. *Trans. of. Am. Gyn. Soc.*, 1925, t. 50, p. 228.
- Endométriose péritonéale provoquée par la dissémination menstruelle de tissu endométrial dans la cavité

péritonéale. *Am. Journ. Obst. and Gyn.*, p. 422-469, 1927.

RIECK, *Zentralbl. f. Gynäk.*, 55-1990, june 20-31.

SCHIFMANN et SEYFERT, Un cas d'endométriome de l'ombilic. *Arch. f. Gynäk.*, 1926, t. 127, p. 208.

THOMPSON, Un cas d'endométriome de l'ombilic, *Amer. Journ. of Obst. a. Gyn.*, t. 22, 917, décembre 1931.

SMITH, *Am. Journ. Obst. and Gyn.*, t. 17, p. 806, juin 1929.

